

PORT – Patienten- orientierte Zentren zur Primär- und Langzeit- versorgung

Familiengesundheitszentren in Brasilien
(Unidades básicas de saúde, Clínicas da Família)



Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung ist mehr denn je in Bewegung. Ihre zukunftsfähige Gestaltung hat sich bei anhaltendem Kostendruck mit verschiedenen Megatrends wie dem demografischen Wandel, der Veränderung des Krankheitsspektrums und der Digitalisierung der Arbeitswelt auseinanderzusetzen. Die Zahl der Gesundheitsfachkräfte sinkt, vor allem in ländlichen Regionen. Die Zahl der älteren Menschen steigt und chronische und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Auch unser Wissen ist gewachsen und damit die Erwartungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Der Reformdruck steigt. Es geht darum, vor Ort bedarfsgerechte und zukunftsfähige Versorgungsangebote für alle zu schaffen.

Unsere Förderung soll dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung mehr auf die Bedarfe chronischer Erkrankungen auszurichten, insbesondere im ambulanten Bereich. Es geht uns nicht nur um das Füllen von Lücken, sondern vor allem um eine qualitative Weiterentwicklung und das Setzen neuer Maßstäbe. Mit unseren Aktivitäten rund um das Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ wollen wir dafür Impulse geben. Im Programm fördern wir u. a. Initiativen in Berlin, Büsum, Hohenstein, Willingen-Diemelsee und Calw. Dort sollen in den kommenden Jahren lokale, inhaltlich umfassende Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung entstehen, die

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung
- „aus einer Hand“ anbieten und stetig weiterentwickeln,
- den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung unterstützen,
- multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe voraussetzen,
- neue Potentiale wie eHealth nutzen,
- Prävention und Gesundheitsförderung mit einschließen sowie
- kommunal gut eingebunden sind.

Bei der Realisierung der Zentren können wir gezielt von anderen Ländern lernen, denn international betrachtet ist die PORT-Idee nicht völlig neu. Es gibt weltweit Länder, die sich mit Offenheit und innovativen Lösungsansätzen auf den Weg gemacht haben, lokale Gesundheitszentren als Reaktion auf den gegebenen Versorgungsbedarf in der Bevölkerung umzusetzen. Dabei sind unterschiedliche Konzepte und Varianten entstanden. Diese zu analysieren und daraus Ansätze für die Ausgestaltung lokaler Gesundheitszentren in Deutschland abzuleiten, war Ziel des Projekts „Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis“. Das Vorhaben wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert und an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt. Die Ergebnisse haben die beteiligten Forscherinnen und Forscher in vier kompakten Texten aufbereitet. Mit deren Veröffentlichung möchten wir den internationalen Wissensaustausch anstoßen und die Möglichkeit geben, erfolgreiche Zentrumskonzepte kennenzulernen.

Wir wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre!

Mit freundlichen Grüßen
Robert Bosch Stiftung GmbH



Dr. Bernadette Klapper
Bereichsleiterin Gesundheit

Diese Publikation ist Teil einer Serie, in der Konzepte von Primärversorgungszentren in vier Ländern – Slowenien, Spanien, Schweden und Brasilien – vorgestellt werden. Die Serie verdeutlicht Unterschiede und Varianten der Entwicklung lokaler Gesundheitszentren in den verschiedenen Ländern und soll auf dieser Basis Anregungen für Deutschland geben:

Die Familiengesundheitszentren in Brasilien wurden Mitte der 1990er-Jahre etabliert. Sie sind stark durch die Demokratiebewegung des Landes geprägt. Der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit und die Stärkung der Partizipation sind zentrale Ziele. Interessant und anregungsreich für Deutschland ist, dass sie trotz regionaler und sozialräumlicher Unterschiede strikt dem Prinzip der Gemeindeorientierung folgen.

Die slowenischen Gesundheitszentren wurden in den 1950er- und 1960er-Jahren etabliert. Sie sind durch die osteuropäische Tradition der Sozialmedizin geprägt und wurden durch Einbindung der ambulanten Pflege (Community Nursing), von Zentren für Gesundheitsbildung sowie von Fachärzten erweitert. Sie zeigen, wie unterschiedliche Versorgungsarten an einem Ort gebündelt und Prävention und Gesundheitsförderung integriert werden können.

Die spanischen Gesundheitszentren wurden in den 1980er-Jahren entwickelt und sind stark an der Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) orientiert. Sie verstehen sich als Primärversorgungszentren. Lehrreich sind das hohe Maß an Koordination der Versorgung, die enge multiprofessionelle Kooperation in Teams und neuerlich die vermehrte Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege.

Die ersten schwedischen Versorgungszentren entstanden in den 1970er-Jahren. Zu Beginn der 1990er-Jahre wurden sie grundlegend reformiert und flächendeckend ausgebaut. Sie sind in mehrfacher Hinsicht lehrreich; besonders auch mit Blick auf die Digitalisierung, die zahlreiche Möglichkeiten zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Nutzerfreundlichkeit der Gesundheitsversorgung – gerade in strukturschwachen Regionen – bietet.



Familiengesundheitszentren in Brasilien (Unidades básicas de saúde, Clínicas da Família)

Kerstin Hämel, Doris Schaeffer, Andreas Büscher,
Dirce Stein Backes, Ligia Giovanella

Die Familiengesundheitszentren in Brasilien bieten eine multiprofessionelle Versorgung und richten sich dabei konsequent an den Belangen in den Gemeinden (Comunidades) aus. Auch wenn Brasilien weiterhin vor der Herausforderung steht, den flächendeckenden Ausbau der Zentren umzusetzen, besticht das grundlegende Konzept. Besonders die Möglichkeiten der Partizipation der Nutzer, die konsequente Gemeindeorientierung und die Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen für die multiprofessionelle Primärversorgung bieten zahlreiche Anregungen.¹

Die Stellung der Zentren im brasilianischen Gesundheitssystem

- Seit Mitte der 1990er-Jahre wird der Aufbau der Familiengesundheitszentren vorangetrieben und als kommunale Aufgabe verstanden.
- Einheitliche Konzeptgestaltung auf Basis der nationalen Familiengesundheitsstrategie.
- Zusammensetzung der Familiengesundheitsteams: 1 Arzt, 1 hochschulisch qualifizierte Pflegende, 1–2 Pflegehilfskräfte, 5–6 Community Health Workers.
- Rund 41.000 Familiengesundheitsteams erreichen ca. 64 % der Bevölkerung, hinzu kommen rund 24.000 Zahngesundheitsteams in den Zentren (MS und DAB 2017).
- Weitere Professionen, die die Teams unterstützen: Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Sozialarbeiter, Psychologen, Pharmazeuten, Sportlehrer und andere.
- Leitbild: Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit, Gemeindeorientierung und soziale Partizipation, Vorrang von Prävention und Gesundheitsförderung.

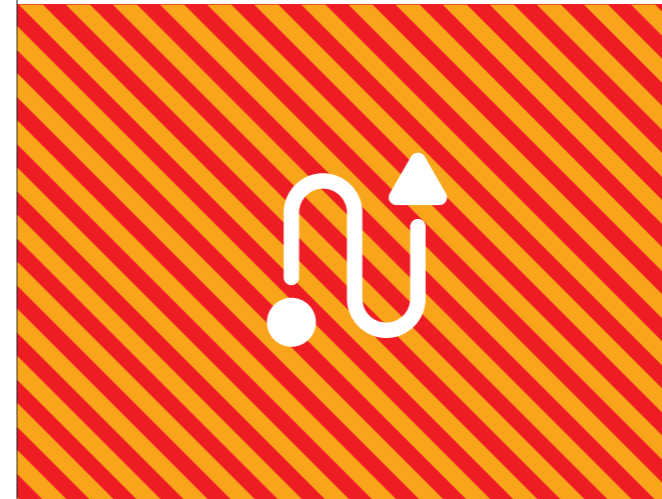
Entwicklungen und Trends

- Ausrichtung der Versorgung am Bedarf chronisch kranker Menschen.
- Stärkung der Gemeindeorientierung in den Familiengesundheitszentren.
- Qualifizierungsoffensive für eine neue Generation von Gesundheitsprofessionen.

¹ Die folgenden Darstellungen basieren auf einer Literaturanalyse, Experteninterviews und auf vertiefenden Analysen, die in 10 Gesundheitszentren in Rio de Janeiro, Santa Catarina und Rio Grande do Sul durchgeführt wurden. Insgesamt wurden 13 leitfadengestützte Experteninterviews, 17 Begehungen (Beobachtungen) in den Zentren, 7 Gruppendiskussionen und 7 Präsentationen aufgezeichnet, transkribiert bzw. zusammengefasst und inhaltsanalytisch ausgewertet.

1. Hintergründe und Ausgangssituation der Zentren

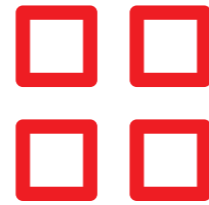
Die Familiengesundheitsstrategie (Estratégia Saúde da Família) in Brasilien stellt eine nationale Rahmenstrategie zur Ausgestaltung der Primärversorgung dar. Ihre Zielvisionen sind untrennbar mit der brasilianischen Demokratiebewegung der 1980er-Jahre verbunden, die den Aufbau einer hochwertigen und für alle Bürger zugänglichen Gesundheitsversorgung als Grundlage für ein funktionierendes, demokratisches Gemeinwesen einforderte (Fleury 2011; Paim et al. 2011). Um sie zu verwirklichen, sind allerdings große gesundheitliche, soziale und regionale Ungleichheiten zu überwinden. Dieses Ziel soll in Brasilien durch den zügigen Aufbau von Familiengesundheitszentren in allen Landesteilen erreicht werden. Nähergekommen ist man dem flächendeckenden Aufbau von Familiengesundheitszentren durch umfangreiche öffentliche Investitionen und Neugestaltung der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen. Nach der Amtsübernahme durch die liberal-konservative Temer Regierung im Jahr 2016 wurden die öffentlichen Gesundheitsausgaben allerdings limitiert, sodass der weitere Ausbau der Zentren in Frage gestellt ist. Es bleibt zu hoffen, dass er trotz aktueller Hürden möglich wird, denn die Erfolge der Familiengesundheitsstrategie sind schon heute sichtbar: So gelang es binnen weniger Jahre, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit deutlich zu reduzieren, und dies ist vor allem das Verdienst der aufsuchenden Gesundheitsarbeit in der Gemeinde (Aquino et al. 2009; Macinko und Harris 2015; Victora et al. 2011a).



In der Tat sind die Versorgungsherausforderungen in Brasilien größer und vielfältiger als in Deutschland und anderen wohlhabenden Staaten. In einigen Armenvierteln des Landes besteht immer noch eine schlechte sanitäre Infrastruktur. Infektionskrankheiten, aber auch Gewalterfahrungen sind in allen Bevölkerungsschichten weitaus präsenter. Zugleich schreitet auch in Brasilien der demografische Wandel voran und damit einhergehend nehmen chronische Krankheiten mehr und mehr zu. Sie machen inzwischen den größten Teil der Krankheitslast aus. Um ihnen angemessen begegnen zu können, reicht eine auf Kuration ausgerichtete Medizin nicht aus – diese Erkenntnis hat sich in Brasilien schneller und entschiedener als in Deutschland durchgesetzt.

Deshalb wurde in den Gesundheitszentren konsequent auf Multiprofessionalität und Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration gesetzt. Zugleich wurde den Patienten eine andere Rolle zuerkannt: Sie sollen befähigt werden, aktiv an der Wiederherstellung und Erhaltung ihrer Gesundheit mitzuwirken. Zudem wird in den Zentren viel Gewicht daraufgelegt, sich für bessere Lebensbedingungen in der jeweiligen Gemeinde zu engagieren. Verwirklicht wird dieses Ziel durch eine starke Gemeindeorientierung und Befähigung der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, für ihre Belange selbst einzutreten. Um diese Ziele umsetzen zu können, ist eine neue Generation von Gesundheitsprofessionen erforderlich – auch diese Erkenntnis wird in Brasilien konsequent umgesetzt.

2. Charakteristika und Leistungsspektrum der Zentren



Ziel ist es, in den Familiengesundheitszentren eine breit angelegte Grundversorgung zu ermöglichen. Sie umfasst die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen, von Erwachsenen und von alten Menschen und schließt auch die allgemeine zahnmedizinische Versorgung ein. In den meisten Zentren werden Medikamente ausgegeben, pharmazeutische Beratung geleistet und eine ganze Reihe an diagnostischen Verfahren, teilweise auch Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen, können durchgeführt werden. Zudem bieten die Familiengesundheitszentren vielfältige Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der psychosozialen Versorgung, beispielsweise Bewegungsgruppen für ältere Menschen, Gesprächskreise für Menschen mit psychischen Problemen, Aufklärungsaktionen für Jugendliche zu sexuell übertragbaren Krankheiten etc. (Hämel et al. 2017).

Träger der Gesundheitszentren sind in Brasilien die Kommunen.² Gleichwohl wird großer Wert auf demokratische Beteiligung gelegt. Ganz in diesem Sinn kommt den Gesundheitsbeiräten, an denen Vertreter der Nutzer (50%), der Mitarbeiter im Gesundheitswesen (25%) und der Kommunalverwaltung (25%) beteiligt sind (Fleury 2011; Victora et al. 2011b), hohe Bedeutung zu. Sie nehmen Kontrollfunktionen wahr und haben Mitbestimmungsrecht über Weichenstellungen, beispielsweise bei finanziellen Investitionen oder strategischen Entscheidungen.

Alle vier Jahre finden zudem kommunale Gesundheitskonferenzen statt, in denen Vertreter von Vereinen und Verbänden, Schulen, Hochschulen, sozialen Organisationen, Kirchengemeinden und andere Akteure handlungsleitende Ziele und Strategien der Gesundheitsversorgung mit den Vertretern des Gesundheitswesens diskutieren und festlegen. Korrespondierend werden auch auf der föderalen und nationalen Ebene Gesundheitskonferenzen abgehalten.

Gemeindeorientierte Primärversorgung

Die Zentren sind in den Kommunen für definierte Sozialräume (Comunidades) zuständig. Comunidades können Stadtteile, Quartiere, Viertel oder auch Dorfgemeinschaften sein. Die Comunidades unterscheiden sich in ihren sozio-ökonomischen Ressourcen, aber auch in der ethnischen Zusammensetzung und kulturellen Prägung. Die Gesundheitschancen, der Versorgungsbedarf, aber auch die Versorgungsvorstellungen sind infolgedessen unterschiedlich.

Um die Versorgung an den lokal gegebenen Bedarfslagen ausrichten und eine gemeindeorientierte Primärversorgung umsetzen zu können, zählen die Analyse und das Assessment der Gesundheitssituation der Einwohner in den Gemeinden zu den Grundpfeilern der Arbeit in den Familiengesundheitszentren. Die Gesundheitsprofessionen selbst leisten ein kontinuierliches Gesundheitsassessment der Gemeinde. Sie erheben Daten, bereiten diese auf und planen auf deren Grundlage Aktivitäten und insbesondere Maßnahmen für die Gesundheitsförderung in der Gemeinde.

² Wenn im Folgenden der Begriff Kommune (município) verwendet wird, ist die kommunale Gebietskörperschaft gemeint. Die Kommunen haben im föderal organisierten Brasilien eine höhere Autonomie als in Deutschland.

Neben den allgemeinen Behandlungsdaten aus der elektronischen Gesundheitsakte der Zentren, die beispielsweise Auskunft über die Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc. in den Comunidades geben, werden zusätzlich von den Community Health Workers, die in den Familiengesundheitszentren angestellt sind, bei Hausbesuchen in der Gemeinde weitere Daten erhoben; sie umfassen u. a. Informationen über die Anzahl und Alter der Personen sowie Schwangerschaften in den Haushalten / Familien, Lese- und Schreibfähigkeiten, aber auch Trinkwasserversorgung oder Müllentsorgung und geben einen breiten Einblick in soziale Determinanten von Gesundheit. Den Zentren obliegt zudem die Meldung bestehender Gesundheitsprobleme in der Gemeinde, und dazu arbeiten sie mit den relevanten lokalen Behörden zusammen.

Die Zentren veranstalten in ‚ihrer‘ Gemeinde zudem regelmäßige Versammlungen mit Bürgern, lokalen Organisationen, sozialen Organisationen und Vereinen, um über gesundheitliche Belange zu diskutieren und eine Verständigung über die Situation in der Gemeinde zu erzielen. Partizipative Elemente sind somit auf unterschiedlichen Ebenen etabliert und bieten der Bevölkerung die Möglichkeit zum Diskurs sowie zur Einflussnahme und Mitbestimmung. Für die Gesundheitsprofessionen bedeutet dies, dass ihre Arbeit immer auch Gegenstand öffentlicher Diskussionen und Dialoge ist.

Multiprofessionelle Versorgung und Aufgabenprofile der Professionen

Die Arbeitsweise in den Gesundheitszentren ist auch in Brasilien durch Arbeit in Teams – hier Familiengesundheitsteams genannt – charakterisiert. Ein Familiengesundheitsteam setzt sich einheitlich aus Arzt, hochschulisch qualifizierter Pfleger, ein bis zwei Pflegehilfskräften³ sowie fünf bis sechs Community Health Workers zusammen. Ein Team ist im Schnitt für 3.500 Einwohner bzw. rund 1.000 Familien verantwortlich (Almeida et al. 2013; Fausto et al. 2011). In den Familiengesundheitszentren praktizieren je nach Bevölkerungsdichte meist mehrere Familiengesundheitsteams. Jedes Team organisiert sich eigenständig und trifft meist einmal wöchentlich zusammen, um die gemeinsamen Aufgaben abzustimmen und Herausforderungen zu reflektieren. Geleitet werden die Teams, wie auch die Zentren, meist durch eine Pflegerin.

³ Die Pflegehilfskräfte haben in Brasilien eine zweijährige Ausbildung an einer Pflegeschule abgeschlossen. Sie werden als ‚technische Pfleger/innen‘ bezeichnet und assistieren beispielsweise durch vorbereitende Untersuchungen oder die Sammlung von Laborproben.

In den Gesundheitszentren kommt den Community Health Workers (Agentes Comunitários de Saúde, ‚Gemeindegesundheitsarbeiter‘) eine besondere Rolle zu, denn sie nehmen den ersten Kontakt mit den Nutzern auf. Die Community Health Workers sind immer Einwohner der Comunidade, für die das Zentrum zuständig ist. Sie sind zugleich Vollzeitbeschäftigte im Gesundheitszentrum und erhalten zur Vorbereitung auf ihre Aufgaben eine Basisqualifikation über Gesundheitsfragen. Sie bilden eine Brücke zwischen der Lebenswelt der Einwohner und dem Gesundheitssystem. Ihre Hauptaufgabe besteht in der Durchführung von Hausbesuchen in der Gemeinde. Sie sind aber auch im Gesundheitszentrum tätig, organisieren dort Konsultationen der Nutzer bei dem Arzt oder der Pflegenden und informieren diese zugleich über die Sorgen und Probleme der Familien in der Comunidade.

Zu den Zentren gehören auch angestellte Ärzte. Sie sind vorwiegend klinisch tätig und von administrativen Aufgaben weitgehend entlastet, d. h., sie können sich auf die Diagnostik und Therapie im Rahmen der medizinischen Versorgung konzentrieren. Diese ist recht umfassend und erfordert Expertise in der Allgemeinmedizin, der Frauen- und Kinderheilkunde und der Geriatrie. Korrespondierend zu dem breiten Krankheitsspektrum ist breites Wissen über Infektionskrankheiten, chronische Krankheiten sowie in der Akutversorgung erforderlich.

Das Aufgabenprofil der Pflegenden umfasst Leitungs- und Koordinationsaufgaben, wozu insbesondere auch die Anleitung und Supervision der Community Health Workers zählt, ebenso wie die gesundheitliche Versorgung. Im Mittelpunkt stehen die individuelle Beratung und Behandlung bei chronischen Krankheiten und die Mutter-Kind-Versorgung. Die Pflegenden bieten zudem, teils mit ärztlicher Beteiligung, verschiedene Gruppenkurse an, z. B. zur Familienplanung, über Gesundheitsprobleme im Alter oder unterschiedlichste chronische Erkrankungen wie Diabetes oder HIV und Aids. Impfungen und die Wundversorgung liegen ebenfalls in der Verantwortung der Pflege. Zudem führen Pflegenden eine Triage (acolhimento) zur Klassifizierung der Dringlichkeit eines Termins im Gesundheitszentrums durch.

Erweiterte klinische Pflegeaufgaben:
Im Unterschied zu den skandinavischen Ländern wie auch Großbritannien, den USA oder Kanada sind klinisch-kurative Tätigkeiten in Brasilien noch stärker Aufgabe der Ärzte geblieben. Dies ändert sich mittlerweile in einigen Kommunen. Denn in Brasilien wurde bereits 1986 gesetzlich verankert, dass die Pflege medizinnahe, klinische Aufgaben übernehmen darf, z. B. die Verschreibung von Medikamenten in der Primärversorgung. Voraussetzung ist, dass dies entlang konsentrierter Richtlinien („protocols“) erfolgt, die klare Regelungen und Verfahrensabläufe definieren. Eine wachsende Zahl an Kommunen setzt dies mittlerweile um.



Aufsuchende Gesundheitsarbeit in der Comunidade: Hausbesuche und kollektive Aktivitäten

Aufsuchende Gesundheitsarbeit umfasst individuelle Hausbesuche und sogenannte kollektive Aktivitäten für die Comunidade. Sie wird vorwiegend durch die Community Health Workers geleistet. Die Community Health Workers besuchen regelmäßig die Haushalte, um einen engen Kontakt zu den Familien zu halten und Gesundheitsprobleme niedrigschwellig angehen zu können und die Mitglieder des Familiengesundheitsteams über Entwicklungen in der Gemeinde zu informieren. Ebenso initiieren und begleiten sie kollektive Aktivitäten der Comunidade: Gesundheitsarbeit bedeutet in Brasilien auch die Organisation und Begleitung sozialer und kultureller Aktivitäten, beispielsweise Museumsbesuche für sozial- und bildungsbenachteiligte Gruppen, sowie generell die Stärkung der Selbstorganisation der Bürger, um für Verbesserungen in ihrem Wohnumfeld einzutreten (weiterführend: Fausto et al. 2011). Alle diese Aktivitäten sind Teil der Gesundheitsförderung, die in Brasilien stark auf Empowerment der Nutzer zielt.

Auch die Pflegenden und teils die Ärzte sind in den Gemeinden präsent. Sie führen bei akuten Gesundheitsproblemen oder sonstigen schwierigen Problemsituationen ebenfalls Hausbesuche (auch im Team) durch und initiieren Aufklärungs- oder andere Gesundheitskampagnen. Wichtig zu betonen ist, dass bei ihnen Hausbesuche nicht allein auf immobile Personen beschränkt sind, sondern als wichtiger Zugang zur Lebenswelt der Familien und Gemeinden gelten. Ist es aufgrund einer besonders schwierigen familiären Situation, z. B. einer Teenagerschwangerschaft, angeraten, die Familie aufzusuchen, werden Arzt und Pflegenden von den Community Health Workers informiert. Ebenso können bei psychischen Problemlagen und Vereinsamungsrisiko können Hausbesuche indiziert sein.⁴

Um angemessen auf komplexe Gesundheitsprobleme reagieren zu können, werden die Familiengesundheitsteams durch Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Sozialarbeiter, Psychologen, Pharmazeuten, Sportlehrer und andere Professionen unterstützt. Diese sind in sogenannten ‚Unterstützerteams‘ organisiert, die jeweils 3–9 Familiengesundheitsteams konsultativ begleiten und für sie Schulungen anbieten (Giovannella und Mendonça 2014). Auf Empfehlung des Familiengesundheitsteams führen sie auch eigene Patientenkonsultationen durch. Das heißt, diese Professionen sind nicht fest in einem Gesundheitszentrum angesiedelt, sondern sie dienen der Erweiterung der Expertise und Kompetenzen in den Familiengesundheitsteams. Sie stellen eine wichtige Entlastung und Absicherungsinstanz für die Familiengesundheitsteams dar. Beispielsweise führen sie gemeinsame Fallbesprechungen durch und koordinieren die Therapieplanung. Die ‚Unterstützerteams‘ bieten überdies auch Gesprächsrunden für junge Eltern, Gesundheitskurse für Menschen mit chronischen Krankheiten, Meditationsgruppen, Bewegungskurse, Sportangebote und anderes mehr im Gesundheitszentrum und in der Gemeinde an.

⁴ In Brasilien existiert kein eigenständiger Leistungsanspruch für pflegebedürftige Menschen. Ihre Versorgung wird überwiegend privat durch Familien sichergestellt. Den Hausbesuchen der Community Health Workers und Pflegenden aus den Familiengesundheitsteams kommt dann eine besondere Bedeutung zu. Sie werden im Idealfall bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit engmaschiger durchgeführt und das familiäre Hilfeeinrichtung unterstützt. Der Häufigkeit und Intensität der Hausbesuche sind allerdings aufgrund beschränkter Kapazitäten in den Familiengesundheitszentren Grenzen gesetzt. Darüber hinaus bieten die Gesundheitszentren daher teilweise Kurse zur Unterstützung und Anleitung pflegender Angehöriger (cuidadores familiares) an. Finanziell besser gestellte Familien stellen Pflegehelfer ein, die eine intensive Begleitung hilfe- und pflegebedürftige Menschen übernehmen.

Bildungsinitiativen für eine neue Generation von Gesundheitsprofessionen

Flankierend zum Ausbau der Familiengesundheitszentren wurde auch die Qualifizierung für die Primärversorgung auf ein neues Fundament gestellt (MS und ME 2007). Zum einen wurde die Akademisierung der Gesundheitsberufe zügig vorangetrieben, um dem gestiegenen Bedarf an hochqualifizierten Fachkräften in der Primärversorgung nachkommen zu können (Backes et al. 2012). Zugleich wurden die Ausbildungen inhaltlich verändert: Beispielsweise ist die Primärversorgung verpflichtender Lehrinhalt in den Curricula von Medizin und Pflege. Derzeit ist für die grundständig qualifizierenden Bachelorstudiengänge in der Pflege ein neues Rahmencurriculum in Vorbereitung, das diese Anteile nochmals ausweiten wird. Ebenso wurde begonnen, Masterprogramme und Promotionsstudiengänge für alle Gesundheitsprofessionen auf- und auszubauen. Dabei wird hoher Wert auf Praxisbezug und Lernen in interprofessionellen Bezügen gelegt. In semesterübergreifenden Projekten kommen die Studierenden frühzeitig in Kontakt mit der Primärversorgung und lernen die Arbeit mit den Comunidades und Familien kennen. Zusätzlich wurden in den letzten Jahren die Weiterbildungsprogramme (Residenzprogramme) in der Primärversorgung für alle Professionen⁵ in den Kommunen stark ausgebaut.

5 Die Weiterbildung erfordert eine Vollzeitberufstätigkeit in der Primärversorgung und ein vertiefendes Selbststudium, das durch Kurseinheiten (10–20% der Residenzzeit) unterstützt, durch Mentoren im Gesundheitszentrum begleitet und mit einer schriftlichen Abschlussarbeit beendet wird.

„Residenzen“ ermöglichen die Fachweiterbildung für die Professionen (zum Facharzt bzw. zur Fachpflegenden etc.) Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin wurde bereits 1976 eingeführt, fristete allerdings zunächst für Jahrzehnte ein Schattendasein, da andere Facharzttitel attraktiver erscheinen. Dies ändert sich mittlerweile, wenn auch noch zögerlich. Für die anderen Gesundheitsprofessionen stellt sich die Entwicklung etwas anders dar: In Vorbereitung auf ihre neue Rolle in der Primärversorgung wurden zunächst im Jahr 1990 multiprofessionelle Residenzen eingerichtet, in denen Pflegende, Physiotherapeuten, Psychologen u. a. gemeinsam die Weiterbildung absolvieren. Aufgrund der engen Zusammenarbeit von Arzt und Pflege in den Familiengesundheitsteams hatten einzelne Kommunen zunächst begonnen, die Residenzen der Ärzte und Pflegenden enger zu verzahnen, um beide Professionen auf die gemeinsamen Aufgaben vorzubereiten. Mittlerweile (2012) wurden, aufgrund der fortgeschrittenen Profilierung der Pflegenden, eigene Residenzprogramme für die Pflege in der Primärversorgung geschaffen.



3. Lessons learned für Deutschland



Die brasilianischen Familiengesundheitszentren repräsentieren gewissermaßen ein Modell der dritten Generation von Gesundheitszentren. Diese Generation ist ebenso wie die zweite Generation (z. B. Gesundheitszentren in Spanien, Hämel und Vössing 2018) stark durch die Leitideen der Alma Ata-Deklaration geprägt. Sie hat zugleich weiterführende Konzeptideen anderer Länder genutzt. Anlehnungen haben die Familiengesundheitszentren u. a. an die kubanischen Community Health Centres genommen und deren Fokus auf soziale und Umweltdeterminanten; ebenso haben sie die in vielen Schwellen- und Entwicklungsländern praktizierte Einbeziehung von Community Health Workers übernommen (Lehmann und Sanders 2007). Der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit und die Partizipation der Nutzer stellen ebenso zentrale Grundlagen dar. Die Familiengesundheitszentren stehen hier in der Tradition der lateinamerikanischen Demokratie- und Bildungsbewegungen.

Obschon das Konzept der Familiengesundheitszentren in Brasilien seit etwa Mitte der 2000er-Jahre ausbuchstabiert vorliegt, werden die Zentren fortlaufend weiterentwickelt; beispielsweise wurden sie durch neue Ansätze für die Qualifizierung und Rollenentwicklung der Gesundheitsprofessionen erweitert, ebenso durch neue Ideen bei der Realisierung von Gemeindeorientierung.

Gemeindeorientierung und Partizipation: Anders als in Deutschland ist die Primärversorgung in Brasilien nicht allein auf Problemlagen von Individuen konzentriert. Unter dem Eindruck höchst unterschiedlicher Sozialräume in Brasilien leisten die Familiengesundheitszentren eine familien- und gemeindeorientierte Primärversorgung. Die Gesundheitsprofessionen haben zur Aufgabe, die Gesundheitsprobleme und -ressourcen in der Gemeinde zu analysieren, zu bewerten und geeignete Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung einzuleiten. Zugleich gilt es, demokratische Beteiligungen der Nutzer zu ermöglichen und zu fördern. Von den Gesundheitsprofessionen wird somit eine ausgeprägte Orientierung an den Bedarfslagen und Wünschen der Nutzer verlangt.

Community Health Workers: Die Rolle der Community Health Workers steht in engem Zusammenhang mit der Gemeindeorientierung, findet aber besondere Erwähnung, denn hinter ihr verbirgt sich ein innovatives Konzept, das darauf zielt, Bevölkerungsgruppen und Familien, die von sich aus nur zögernd Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen würden, einen niederschweligen Zugang zu eröffnen. Die Community Health Workers stellen aufgrund ihrer Herkunft aus der jeweiligen Comunidade und ihrer aufsuchenden Gesundheitsarbeit ein wirksames Bindeglied zwischen den Zentren und den Einwohnern der Comunidade dar. Auch für Deutschland bieten sie Anregungen, wie der Zugang zu schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen speziell in strukturschwachen Stadtteilen verbessert werden kann.

Bildung der Gesundheitsprofessionen für die Primärversorgung:

Nach wie vor besteht in Brasilien die Herausforderung, Ärzte, Pflegende und andere Gesundheitsprofessionen für eine Tätigkeit in der Primärversorgung zu gewinnen. Aufgrund der großen Konkurrenz durch Beschäftigungsmöglichkeiten im privaten Gesundheitssektor, mit weitaus höheren Verdienstaussichten, ist die Aufnahme einer Tätigkeit in der Primärversorgung nicht selbstverständlich. Mittlerweile haben die Familiengesundheitsstrategie und die Primärversorgung jedoch Eingang in die Studiengänge für Medizin, Pflege und andere Gesundheitsprofessionen gefunden und gewinnen an Attraktivität. Ohne diese Qualifizierung wird eine gute Strategie nicht flächendeckend umzusetzen sein.

**Literatur**

Almeida, G., Sarti, F. M., Ferreira, F. F., Diaz, M. D. M. & Campino, A. C. C. (2013). Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 90–97.

Aquino, R., de Oliveira, N. F. & Barreto, M. L. (2009). Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American Journal of Public Health*, 99(1), 87–93.

Backes, D. S., Backes, M. S., Lorenzini Erdmann, A. & Büscher, A. (2012). O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família [The role of the nurse in the Brazilian Unified Health System: from community health to the family health strategy]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 223–230.

Fausto, M. C. R., Giovanella, L., de Mendonça, M. H. M., de Almeida, P. F., Escorel, S., de Andrade, C. L. T. & Martins, M. I. C. (2011). The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 34(4), 339–353.

Fleury, S. (2011). Brazil's health care reform: social movements and civil society. *The Lancet*, 377(9779), 1724–1725.

Giovanella, L. & Mendonça, M. H. M. (2014). Primary Health Care in Brasilien: multiprofessionelle Teamarbeit und Gemeindeorientierung. *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft*, 50, 53–81.

Hämel, K., Backes, D. S., Giovanella, L. & Büscher, A. (2017). Familiengesundheitsstrategie in Brasilien – Profilierung der Pflege in der Primärversorgung. *Pflege & Gesellschaft*, 22 (1), 35–51.

Hämel, K. & Vössing, C. (2018). *Gesundheitszentren in Spanien (Centros de Salud)*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Lehman, U. & Sanders, D. (2007). *Community Health Workers. What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva: WHO.

Macinko, J. & Harris, M. J. (2015). Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177–2181.

MS & DAB, 2017. Histórico de cobertura da Saúde da família. Gefunden unter http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php [11.08.2017].

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797.

Victora, C. G., Aquino, E. M., do Carmo Leal, M., Monteiro, C. A., Barros, F. C. & Szwarcwald, C. L. (2011a). Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, 377(9780), 1863–1876.

Victora, C. G., Barreto, M. L., do Carmo Leal, M., Monteiro C. A., Schmidt, M. I., Paim, J. et al. (2011b). Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, 377(9782), 2042–2053.

WHO – World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care in Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978.

Impressum

Herausgegeben und gefördert von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Robert Bosch Stiftung GmbH
Themenbereich Gesundheit
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart

Stephanie Häfele
Telefon +49 711 46084-630
Stephanie.haefele@bosch-stiftung.de

Projektleitung und -koordination

Prof. Dr. Kerstin Hämel, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter

Carina Vössing, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Marcus Heumann, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
(wissenschaftliche Hilfskraft)

Kooperationspartner

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule
Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften
Prof. Dr. Michael Ewers, Charité – Universitäts-
medizin Berlin, Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
Prof. Dr. Ligia Giovanella, National School
of Public Health, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, Brasilien
Christiane Schaepe, Charité – Universitäts-
medizin Berlin, Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
Prof. Dr. Dirce Stein Backes, Universidade
Franciscana (UFN), Santa Maria, Rio Grande
do Sul, Brasilien

Kontakt

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Prof. Dr. Kerstin Hämel
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
Telefon +49 521 106-3894
kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

Copyright 2018

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

